

Folio

**PLAN SOLICITADO**

ACCIDENTES PERSONALES ( )  
 ESCOLAR (TRADICIONAL)

ACCIDENTES PERSONALES ( )  
 GUARDERÍAS

De: dd / mm / aaaa

Hasta: dd / mm / aaaa

¿Usted cuenta con algún seguro de Accidentes Personales? Si ( ) No ( )

**DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE**

Persona Física ( )

Persona Moral ( )

Razón Social:

Nombre (s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Tipo de Identificación:

Número:

Emisor:

Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa

País de Nacimiento:

Nacionalidad:

Folio Mercantil:

Fecha de Constitución: dd / mm / aaaa

Nombre del Apoderado:

RFC: | letras | año | mes | día | homoclave

Giro/Ocupación:

C.U.R.P.:

Sólo personas físicas

País del Domicilio:

Código Postal:

Estado:

Ciudad/Población:

Alcaldía/Municipio:

Colonia:

Calle:

No.Exterior:

No.Interior :

Número Telefónico:

Correo electrónico

Número de serie de la firma electrónica:

**DATOS COMERCIALES**

Agente:

Clave:

División:

Gerente de desarrollo:

**CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE**

Definición de  
 Colectividad:

Relación con el contratante:

No. de personas que van a asegurarse:

No. de personas que forman la colectividad:

Distribución de personas  
 por edad:

0-60 años M F

61-64 años M F

65-69 años M F

Seguro de prestación: Si ( ) No ( )

Tipo de afiliación: Voluntaria ( ) Obligatoria ( )

Actividades que desempeñan los integrantes:

Número de personas que realicen actividades de alto riesgo:

Frecuencia con que realizan las actividades:

Actividades de alto riesgo desarrolladas:

Lugar donde se realizan:

Medidas de seguridad empleadas:

**CÚMULOS**

Se realizan eventos en conjunto durante la vigencia solicitada Si ( ) No ( ) Si su respuesta es afirmativa contestar lo siguiente:

EVENTO 1: Duración:

Motivo del cúmulo:

Número de personas que viajan en un mismo medio de transporte:

Medio (s) de transporte (s) que se usará (n):

Viajarán en transporte comercial o privado:

Principal actividad que desarrollan durante el viaje:

**CÚMULOS**

<b>EVENTO 2:</b> Duración:	Motivo del cúmulo:
Número de personas que viajan en un mismo medio de transporte:	
Medio (s) de transporte (s) que se usará (n):	
Viajarán en transporte comercial o privado:	
Principal actividad que desarrollan durante el viaje:	
<b>EVENTO 3:</b> Duración:	Motivo del cúmulo:
Número de personas que viajan en un mismo medio de transporte:	
Medio (s) de transporte (s) que se usará (n):	
Viajarán en transporte comercial o privado:	
Principal actividad que desarrollan durante el viaje:	

**COBERTURAS SOLICITADAS**

Paquete:			
I.Reembolso de Gastos Médicos: (obligatorio)		Suma Asegurada:	Deducible:
II. Protección 24 horas	Si ( ) No ( )		
III. Pago Directo:	Si ( ) No ( )		
IV. Muerte accidental: (Gastos de sepelio para menores de 12 años)	Si ( ) No ( )	Suma Asegurada:	
V. Pérdidas Orgánicas:	Si ( ) No ( )	Suma Asegurada:	Si ( ) No ( ) Escala: ( )
VI. Indemnización Diaria por Incapacidad:	Si ( ) No ( )	Suma Asegurada:	
VII. Renta Diaria por Hospitalización:	Si ( ) No ( )	Suma Asegurada:	
IX. Fractura de Hueso:	Si ( ) No ( )	Suma Asegurada:	
X. Contact Center:	Si ( ) No ( )		
X. Asistencia Funeraria:	Si ( ) No ( )		
XI. Asistencia Visión	Si ( ) No ( )		
XII. Asistencia en Viaje:	Si ( ) No ( )		
¿Desea que se cubra la práctica de algún deporte?	Si ( ) No ( )	Cuáles:	
¿Desea que se cubra la práctica de deportes extremos?	Si ( ) No ( )	Cuáles:	

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, por lo tanto, convengo en que la falsedad de cualquiera de los datos asentados en la presente solicitud nulificará todo derecho a indemnización bajo la póliza que expida, basada en tales declaraciones si éstas se han hecho con intención dolosa o si las mismas llegaran a afectar la apreciación del riesgo, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente, constituyen la base del contrato de seguro aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 5 de junio de 2019, con el número CNSF-S0041-0253-2019/CONDUSEF-003820-01.**

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA:**

Se realizó cotización previa: Si ( ) No ( )

Riesgo cotizado: Costo de cotización: \$

Observaciones:

Lugar y fecha:

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE México, S.A.**

Declaro bajo protesta de decir verdad, que actúo a nombre y por cuenta propia o con las facultades suficientes que mi representado (a) me ha otorgado; y que los recursos utilizados en este acto comercial provienen de actividades lícitas.

Representante legal del Contratante:

Nombre

Puesto

Firma

Autorizo a MAPFRE México S.A. a entregarme la documentación contractual relativa a la contratación del presente seguro, al correo electrónico ya indicado.

En caso de no autorizar, indicar el medio de entrega: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

**DENUNCIA ANÓNIMA:** Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx) (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)

Puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios, ubicada en Avenida Revolución No. 507, Col. San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México, con horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas. Teléfonos: 5230 7090 y (01 800) 717 1819. Correo electrónico: [une@mapfre.com.mx](mailto:une@mapfre.com.mx)

## Aviso de Privacidad

MAPFRE México, S.A., ubicada en Avenida Revolución #507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800 hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse, en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Sistema MAPFRE, sus subsidiarias, afiliadas. Asimismo usted acepta y autoriza dicha transferencia, para el caso en que se realice a Terceros, Nacionales o Extranjeros, (entidades o personas distintas del Sistema MAPFRE), reconociendo que, bajo ningún supuesto o circunstancia serán compartidos sus datos sensibles, patrimoniales o financieros. En adición a lo anterior, en caso de que se requieran tratar por una finalidad que no se encuentre vinculada con la relación jurídica antes a la señalada, la misma le será comunicada mediante la modificación al presente el aviso de privacidad, el cual le será puesto a su disposición nuevamente en el tiempo y forma que correspondan.

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas, procedimientos y controles de seguridad y confidencialidad de la información.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada o, en su caso, a través de la dirección de correo electrónico [arco\\_mapfre@mapfre.com.mx](mailto:arco_mapfre@mapfre.com.mx), misma que es atendida y administrada por el área de Seguridad de la Información.

El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx), a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted.

Finalmente, para el caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares a través de su conducto, del mismo modo usted acepta y reconoce la obligación de hacerles del su conocimiento el presente Aviso de Privacidad a dichos titulares o bien indicar los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido aviso, así como de informarles que ha proporcionado tales datos a MAPFRE México, S. A. En caso de ser aplicable, igualmente usted acepta y reconoce que estará obligado a proporcionar su propio aviso.